Spine Tree Chiropractic Center

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Paciente: _____

Dirección: _____

_____

Correo Electrónico: _____

Sexo: __M___F ___Soltero/a ___Casado/a ___Viudo/a ___Separado/a ___Divorciado/a

Edad: ___ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social de Paciente: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Teléfono de Empleador: _____

Nombre del esposo/a: _____

Fecha de Nacimiento del esposo/a: _____

Ocupación del esposo/a: _____

Empleador de esposo/a: _____

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

NÚMEROS DE TELÉFONO

Casa: _____ Trabajo: _____

Mejor hora y lugar podemos contactarte: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono en casa: _____ Trabajo: _____

ASEGURANZA

¿Quién se hace responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente: _____

A seguranza: _____

Numero: _____

¿Tiene seguro adicional? ____Si ____No

El titular del seguro: _____

Fecha de nacimiento del titular del seguro: _____

Seguro Social del titular: _____

A seguranza: _____

El grupo o póliza de seguro: _____

Asignación y Autorización

Yo, el abajo firmante certifico que yo (o mi depende) tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Doctor Joseph Medlin, DC todo los beneficios de seguro, si hubiese de otra manera pagado a yo por servicios rendidos. Yo entiendo ser económicamente responsable por todos los cargos que fuesen o no pagados por el seguro. Yo por el presente testamento doy autorización al doctor el descargo de toda información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de firma en toda sumisión.

Firma de la persona responsable: _____

Relación: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN RELACIONADA AL ACCIDENTE

¿Su condición es relacionada al accidente? __Si __No

Fecha del accidente: _____

Tipo de accidente: ___Auto ___Trabajo ___Casa ___Otro

¿A quien le reporto el accidente? ___ Seguro de Auto ___Empleador ___ Seguro por Riesgo de Trabajo ___ Otro

Nombre del abogado: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE

El motivo de su visita: _____ _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

¿Su condición esta empeorando? ___Si ___No ___ Inseguro

Marque con un X en la figura donde siente dolor, entumemeciento, u hormigueo.

¿Qué puntaje le daría al dolor en una escala del 1(dolor minimo) al 10 (dolor severo)?

Tip de dolor: ___Agudo/Sharp ___Dolor sordo/Dull ___Punzante/Throbbing

___Entumecimiento/Numb ___Adolorido/Ache ___Dolor súbito/Shooting

___Ardiente/Burning ___Hormigueo/Tingling ___Calambres/Cramps

___Rigidez/Stiffness ____Hinchazón/Swelling _____Otro

¿Cual es la frecuencia del dolor? _____

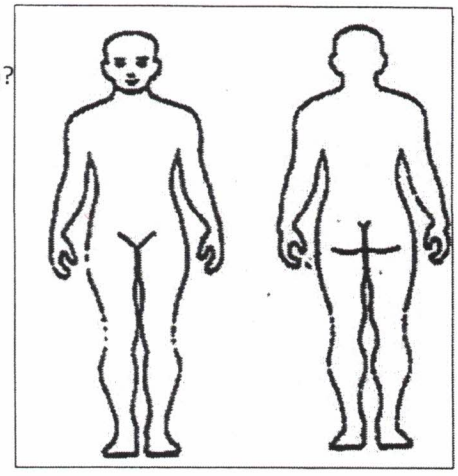
¿Es constante o aparece y desaparece? _____

Interfiere con: ___ El trabajo ____ Dormir ____Su rutina diaria

___ Recreación/actividades/deportes diaria _____Otro

Actividades o movimientos que aumentar dolor: ____Sentado ____Parado

___Caminando ___Agacharse ____Acostado ____ Girarse ____Levantarse



-VOLTEAR-

HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ya ha recibido para su condición? ___ Medicamentos ___ Cirugía ___ Terapia física

___ Servicios quiroprácticos ___Ninguno ___ Otro _____

Nombre y dirección de los doctores quienes le han dado tratamiento para su condición: _____

Fecha del mas reciente: Examen físico_____ Rayos X del Espinazo_____ Análisis de sangre_____

Examen del Espinazo_____ Rayos X del pecho_____ Análisis de orina_____

Rayos X Dental _____ MRI, CT-Scan, Scanner del huesos _____

Marque "Si" o "No" para indicar si ha tenido cualquiera de los siguientes:

SIDA/HIV ___Yes ___No
Alcoholismo __Yes ___No
Alergia a vacunas ___Yes ___No
Anemia ___Yes ___No
Anorexia ___Yes ___No
Apendicitis ___Yes ___No
Artritis ___Yes ___No
Asma ___Yes ___No
Sangrante ___Yes ___No
Bulto de pecho ___Yes ___No
Bronquitis ___Yes ___No
Bulimia ___Yes ___No
Cáncer ___Yes ___No
Cataratas ___Yes ___No
Dependencia química ___Yes ___No
Varicela ___Yes ___No
Concusión ___Yes ___No
Diabetes ___Yes ___No
Enfisema ___Yes ___No
Epilepsia ___Yes ___No

Fracturas ___Yes ___No
Glaucoma ___Yes ___No
Bocio ___Yes ___No
Gonorrea ___Yes ___No
Gota ___Yes ___No
Dolor de cabeza ___Yes ___No
Enfermedad del corazón ___Yes ___No
Hepatitis ___Yes ___No
Hernia ___Yes ___No
Hernia de disco ___Yes ___No
Herpes ___Yes ___No
Colesterol de alto nivel ___Yes ___No
Presión sanguínea alto ___Yes ___No
Enfermedad Renal/Kidney ___Yes ___No
Enfermedad del hígado/liver ___Yes ___No

Migrañas ___Yes ___No
Aborto Espontaneo ___Yes ___No
La Mononucleosis ___Yes ___No
Esclerosis múltiple ___Yes ___No
Osteoporosis ___Yes ___No
Marcapasos/Pacemaker ___Yes ___No
Enfermedad del Parkinson ___Yes ___No
Pinzamiento del nervio ___Yes ___No
Neumonía ___Yes ___No
Polio ___Yes ___No
Problema de la próstata ___Yes ___No
Próstesis ___Yes ___No
Artritis psoriásica ___Yes ___No

Atención siquiátrica ___Yes ___No
Artritis reumática ___Yes ___No
Fiebre reumática ___Yes ___No
Escoliosis ___Yes ___No
Ataque de apoplejía ___Yes ___No
Tentativa de suicido ___Yes ___No
Problema del tiroides ___Yes ___No
Amigdalitis/Tonsillitis ___Yes ___No
Tuberculosis ___Yes ___No
Bulto del Tumor ___Yes ___No
Ulceras ___Yes ___No
Latigazo Cervical/Whiplash ___Yes ___No
Otro/a _____

EJERCISIO	ACTIVIDAD DE TRABAJO	DIETA	HABITOS	
___ Nada	___ Sentado/a	__Excelente	___ Fumar	Cajetillas por día _____
___ Moderado	___ Parado/a	__Bien	___ Alcohol	Bebidas por semana_____
___ Diario	___ Trabajo Fácil	__Mediano	___ Café/Cafeína	Tasas por día _____
___ Pesado	___ Trabajo Pesado	__Pobre	___ Nivel alto de estrés	Razón _____

¿Esta embarazada? ___Si ___No Fecha en que se alivia: _____

Lesiones/Cirugías que ha obtenido:	Descripción	Fecha
Caídas	_____	_____
Lesiones de cabeza	_____	_____
Huesos Rotos	_____	_____
Dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

MEDICACIÓNS	ALERGIAS	VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
El nombre de la farmacia: _____	_____	_____
El número de la farmacia: _____	_____	_____

SPINE TREE CHIROPRACTIC FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo doy mi consentimiento para la realización de pruebas diagnósticas y procedurales y tratamiento quiropráctico o gestión de mis condiciones. Tratamiento quiropráctico o la gestión de las condiciones casi siempre incluye el ajuste quiropráctico, un tipo específico de la manipulación conjunta. Como la mayoría de los procedimientos de atención de salud, el ajuste quiropráctico lleva consigo algunos riesgos. A diferencia de muchos procedimientos, los riesgos graves asociados con el ajuste quiropráctico son extremadamente raros. Siguientes son los riesgos conocidos:

Dolor temporal o aumento de los síntomas o el dolor. No es raro que los pacientes padezcan dolor temporal o aumento de los síntomas o dolor después de los primeros tratamientos. Mareos, náuseas, rubor, estos síntomas son raros relativamente. Es importante notificar al quiropráctico si experimenta estos síntomas durante o después de su atención. Fracturas, cuando los pacientes tienen enfermedades subyacentes que debilitan los huesos como la osteoporosis, que pueden ser susceptibles a la fractura.

Accidente cerebrovascular, un tipo **muy raro** de los accidentes cerebrovasculares se ha asociado con la atención quiropráctica. Aunque existe una asociación entre este tipo de visitas de accidente cerebrovascular y quiropráctica también existe una asociación entre este tipo de accidente cerebrovascular y la visita al médico de atención. De acuerdo a las investigaciones más recientes, no hay evidencia de exceso de riesgo o un derrame cerebral asociados con la atención quiropráctica.

La mayor incidencia de este tipo de ictus asociados con las dos visitas al quiropráctico y médicos es probable que se explica por los pacientes con dolor de cuello y dolor de cabeza consultar a los médicos de la quiropráctica y los médicos de atención médica antes de su accidente cerebrovascular. Otros riesgos asociados con el tratamiento quiropráctico incluyen quemaduras raras de los dispositivos de fisioterapia que puedan producir calor. Entiendo que la práctica de la quiropráctica, como la práctica de todas las artes de la curación, no es una ciencia exacta, y yo reconozco que no hay garantía se puede dar en cuanto a los resultados o los resultados de mi cuidado.

He leído o se me ha leído este documento de consentimiento informado. *He discutido o tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta o preocupación con mi quiropráctico y han tenido estos contestadas a mi satisfacción* ***antes de mi firma de este documento de consentimiento informado.*** He tomado mi decisión voluntaria y libremente.

Firma del Paciente _____ Fecha_____